



HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott.....(név) hozzájárulok, hogy az általam megadott adataimat (név, lakcím, telefonszám, bankszámlaszám, gyermekem kórházi zárójelentése, és egyéb iratok) az EGYÜTT A DAGANATOS GYERMEKEKÉRT ALAPÍTVÁNY nyilvántartsa, kezelje.

A nyilvántartott adatokat az Együtt a Daganatos Gyermekekért Alapítvány, a Alapító okiratában meghatározott célok megvalósításához szükséges tevékenység során használhatja fel.

Alulírott kijelentem, hogy amennyiben az Együtt a Daganatos Gyermekekért Alapítvány rendelkezésére bocsátok fényképet, úgy hozzájárulok ahhoz, hogy az alapítvány a fotót támogatók felkutatása érdekében felhasználja, honlapján közzétegye.

.....2017.....hó.....nap.

.....

ALÁÍRÁS



K É R D Ő Í V D A G A N A T O S / L E U K É M I Á S G Y E R M E K E K S Z Ū L E I R É S Z É R E

Tájékoztató a kérdőív kitöltéséhez:

A kérdőívet kérjük NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL, fekete vagy kék tintával, olvashatóan kitölteni. Ahol a feltett kérdések előtt üres négyzet látható, ott kérjük, hogy megfelelő választ/válaszokat a kérdés előtt lévő négyzetbe írt X-el jelölni szíveskedjék.

*Személyi adatok:

A kapcsolattartó szülő neve:

A kapcsolattartó szülő leánykori neve:

A kapcsolattartó szülő állandó lakóhelye:

A kapcsolattartó szülő tartózkodási helye:

A kapcsolattartó szülő telefonszáma (vonalas):.....

A kapcsolattartó szülő telefonszáma (mobil):.....

A kapcsolattartó szülő e-mail címe:.....

A beteg gyermek neve:

A beteg gyermek anyja neve:

A beteg gyermek születési helye, ideje:.....

A beteg gyermek testvéreinek száma:.....

A beteg gyermek testvéreinek születési éve és neme:

*Iskola:

Iskola neve, címe:

.....

Osztályfőnök neve:

*Banki adatok:

Bankszámlaszám:.....

Számlatulajdonos neve:



***A szülő(k) családi állapota:**

- Házasság
- Élettársi kapcsolat
- Elvált vagy egyedülálló szülő
- Egyéb:

+ Másik szülő/élettárs neve:

A nagyszülők a családdal együtt laknak?

- Nem
- Igen (Ha igen hányan?)

***Munkahely, állás:**

A kapcsolattartó szülő foglalkozása:

A kapcsolattartó szülő munkahelye:

Másik szülő/élettárs foglalkozása:

Másik szülő/élettárs munkahelye:

***A gyermek betegségével összefüggő adatok:**

A beteg gyermek az alábbi klinikán áll kezelés alatt (név, cím):

.....

A beteg gyermek betegségének típusa:

A betegség diagnosztizálásának időpontja:

A beteg gyermek visszaesése:

- Nem
- Igen egyszer
- Igen többször

Transzplantáció történt-e?

- Nem
- Igen egyszer
- Igen többször



Volt-e műtéti beavatkozás?

- Igen
- Nem

Ha igen, akkor milyen beavatkozás volt?

.....

Egyéb egészségkárosodás?

- Igen
- Nem

Ha igen, akkor milyen egészségkárosodás?.....

***Lakáskörülményekkel kapcsolatos adatok:**

A lakás helye:

A lakás mérete: m²

A lakás állapota:

- Kiváló
- Megfelelő
- Nem megfelelő

A lakásban lévő szobák száma: db

A lakás komfortfokozata:

- Vezetékes víz
- Elektromos hálózat
- Csatorna
- Önálló fürdőszoba

A lakás típusa:

- Családi ház
- Társasházi lakás
- Önkormányzati bérlakás
- Egyéb:

***Van-e a családnak szüksége segítségre?**

- Nem
- Igen

Az igényelt segítség jellege:

- A gyermek tanulásában, iskolázásában, továbbtanulásában
- A gyermek gyógyulását elősegítő eszközök kölcsönzésében
- A gyermek rehabilitációjában
- Egyszeri anyagi támogatás
- Szállítás
- Szállás (Mama-lakás)
- Szociális ügyekben segítségnyújtás